



Доход Укажите ПОЛНЫЙ доход (до вычета налогов или расходов).

11 ИМЯ И ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ РОДИТЕЛЯ ()		Пожалуйста, приложите документ, подтверждающий ваш уровень дохода за последние 30 дней	
12 Сумма, полученная вами за последние 30 дней, до вычета налогов или расходов: \$ _____ Какая сумма из этого дохода получена от самостоятельной предпринимательской деятельности?* \$ _____		ПРОЧИЕ ДОХОДЫ СЕМЬИ 15 ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА	СУММА, ПОЛУЧЕННАЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ \$
		16 АЛИМЕНТЫ 17 ВЫПЛАТЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	\$
		18 ПОСОБИЯ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ 19 ДОХОДЫ ОТ ИНВЕСТИЦИЙ/ПРОЦЕНТЫ/ДИВИДЕНДЫ	\$
		20 ПОСОБИЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ 21 ПОСОБИЯ ДЕПАРТАМЕНТА ТРУДА И ПРОМЫШЛЕННОСТИ	\$
		22 ВЫПЛАТЫ ВОЕННЫМ ПО АТТЕСТАТУ 23 ПРОЧЕЕ (пожалуйста, поясните)	\$
		24 Необходима ли вам помощь в оплате неоплаченных медицинских счетов – за последние 3 месяца – за обслуживание любого из детей, для которых вы подаете заявление?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
Если "Да", пожалуйста, пришлите копии документов о доходе семьи за все те месяцы, за которые вы просите нас произвести пересмотр.			
*ЕСЛИ ВЫ ИЛИ СУПРУГ(А) ИЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ, ЖИВУЩИЙ В ДОМЕ, ЗАНЯТЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, ТО МОГУТ СУЩЕСТВОВАТЬ ДРУГИЕ ОТЧИСЛЕНИЯ. ПОЖАЛУЙСТА, ЗВОНИТЕ ПО ТЕЛЕФОНУ 1-877-KIDS-NOW ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ИЛИ ПОМОЩИ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ.			

Информация о медицинских страховках

Сообщите обо всех медицинских страховках, которые уже есть у ваших детей.

25 А Есть ли уже у кого-либо из детей , для которых вы подаете заявление, медицинская страховка? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	25 В Если "Да", то покрываются ли этой медицинской страховой услуги врача, больницы, а также рентгенологические и лабораторные услуги? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	26 А Были ли ваши дети застрахованы посредством медицинской страховки, связанной с работой, в течение последних 4 месяцев? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	26 В Если "Да", то составлял ли взнос за иждивенцев менее 50 долларов в месяц? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
27 Если вы ответили "Да" на любой из вопросов, приведенных выше (25a или b либо 26a или b), пожалуйста, укажите страховые компании или работодателей, предоставляющих страховку вашим детям.			
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ИЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ	НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

Расовая принадлежность/этническое происхождение детей (добровольно предоставляемая информация)

Мы просим вас добровольно сообщить нам информацию о расовой принадлежности и этническом происхождении ваших детей. Данная информация не будет использована при рассмотрении вопроса о предоставлении вам права на льготы.	<input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских или других тихоокеанских островов	<input type="checkbox"/> Азиатской расы <input type="checkbox"/> Белый	<input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец <input type="checkbox"/> Другое _____	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец
При реализации всех программ и проведении всех мероприятий, которыми руководит Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services) дискриминация запрещена. Никто не может быть исключен из программ или мероприятий на основании расовой принадлежности, цвета кожи, убеждений, политических взглядов, национального происхождения, религии, возраста, пола или инвалидности.				

Прочтите внимательно, перед тем как ставить подпись

Данное заявление предназначено только для получения медицинских льгот **детьми**. Если кто-либо из вашей семьи уже получает или хотел бы подать заявление о получении денежных пособий, получения продовольственной помощи программы basic food или других пособий, пожалуйста, свяжитесь со своим местным Отделом социального обеспечения (Community Services Office, CSO) департамента DSHS.

- Департамент DSHS может попросить вас документально подтвердить предоставленную им вами информацию, чтобы определить, имеете ли вы право на получение льгот. Вы можете обратиться в департамент DSHS за помощью в получении подтверждающих документов.
- Ваша информация может быть проверена другими органами штата и федеральными органами. Данная информация НЕ БУДЕТ предоставлена Службе натурализации и иммиграции (Immigration and Naturalization Service, INS).
- Обращаясь за получением и получаю медицинские льготы, вы передаете штату Вашингтон все права на любую помощь, предназначенную для оплаты медицинского обслуживания, а также на любые платежи третьих лиц, предназначенные для оплаты медицинского обслуживания.
- Департамент DSHS может передавать информацию о прививках вашего ребенка Службе надзора за иммунизацией детей (Child Profile Immunization Tracking System).

ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ Я прочел и понял информацию, приведенную в настоящей форме заявления. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, предоставленная мною в настоящем заявлении, насколько мне известно, является точной и полной.	Подпись заявителя X _____
	Дата _____

Как подать заявление

ОПРАВЬТЕ ЕГО ПО ПОЧТЕ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ АДРЕСУ:	ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ: Если вам необходима помощь или у вас возникли вопросы, пожалуйста, звоните по телефону: 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
 Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449	

Чтобы получить помощь в своем районе, звоните:



Заявление о предоставлении детских медицинских льгот



Данное заявление предназначено только для получения страхового обеспечения медицинских услуг для детей и подростков в возрасте до 19 лет. Любой человек может подать заявление в интересах ребенка. Дети могут подавать заявление от своего имени. **Мы направим всю дальнейшую информацию лицу, указанному в пункте 1.** Если у вас есть вопросы или вы хотели бы получить помощь в заполнении данной формы, просто позвоните по телефону 1-877-543-7669. Мы будем рады вам помочь!

Пожалуйста, пишите печатными буквами, используя чернила черного или синего цвета. Не пользуйтесь карандашом. **(Укажите родителя, опекуна или лицо для связи, которое будет получать последующую информацию)**

1	ИМЯ	ИНИЦИАЛ. ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ		
2	АДРЕС, ГДЕ ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
3	АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
4	НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ	5. Есть ли у вас трудности с устной речью, чтением или письмом на английском языке? Какой язык или альтернативный формат вам необходим?			
ДОМАШНИЙ ()		Нужен ли вам переводчик? (Если да, то мы окажем вам помощь через переводчика.) На каком языке вы говорите?			
РАБОЧИЙ ()		6. Есть ли дети до 19 лет, страдающие заболеваниями, которые требуют немедленного внимания? Есть ли в вашем доме беременные женщины?			
ДЛЯ СООБЩЕНИЙ ()		Если "да", то укажите имя _____			

Общая информация

7. Укажите членов семьи, проживающих вместе. (При необходимости приложите отдельный лист бумаги, чтобы перечислить остальных членов семьи.)						
ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	РОДСТВО С ВАМИ	ДАТА РОЖДЕНИЯ (МС/ДН/ГД)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ <small>* = НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО</small>	ПОЛ М или Ж	ГРАЖДАНИН США ДА НЕТ	ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНОМ США
A. РОДИТЕЛЬ, ОПЕКУН ИЛИ САМ РЕБЕНОК			*		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	БЫЛ ЛИ РЕБЕНОК ВЫДАН ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ СТАТУС ДОКУМЕНТ? ДА НЕТ
B. СУПРУГ ИЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ (если проживает в доме)			*		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	ДА НЕТ
C. УКАЖИТЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МЛАДШЕ 19 ЛЕТ (которые хотят получить медицинские льготы)					<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
G. УКАЖИТЕ ДРУГИХ ВЗРОСЛЫХ/ДЕТЕЙ В ДОМЕ (которые не хотят получить медицинские льготы)			*		Примечание: пожалуйста, приложите любые документы, подтверждающие статус ребенка.	
8.	Является ли ребенок в возрасте до 19 лет, живущий в вашей семье, инвалидом? Да <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Если "Да", то укажите имя _____		*			

Расходы

 Данная информация может помочь вашему ребенку получить право на льготы.

9. Платите ли вы за уход за ребенком, пока вы работаете? Платите ли вы кому-нибудь за уход за совершеннолетним иждивенцем, являющимся инвалидом, пока вы работаете?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Если "Да", то сколько вы платите в месяц? \$ _____
10. Производите ли вы по распоряжению суда выплаты на содержание ребенка, который не проживает в вашем доме?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Если "Да", то сколько вы платите в месяц? \$ _____